

健康観察カード

神戸聴覚特別支援学校

学部

年

組

氏名 (

)

月	日	曜日	体温		次の症状に該当する場合は○印を、異常がない場合は✓を記入してください。							その他	担任印	
					発熱 (37.5℃以上)	せき	息苦しさ	鼻水鼻づまり	のどの痛み	頭痛	下痢			嘔吐
4	20	月	朝	℃										
			夕	℃										
4	21	火	朝	℃										
			夕	℃										
4	22	水	朝	℃										
			夕	℃										
4	23	木	朝	℃										
			夕	℃										
4	24	金	朝	℃										
			夕	℃										
4	25	土	朝	℃										
			夕	℃										
4	26	日	朝	℃										
			夕	℃										
4	27	月	朝	℃										
			夕	℃										
4	28	火	朝	℃										
			夕	℃										
4	29	水	朝	℃										
			夕	℃										
4	30	木	朝	℃										
			夕	℃										

※37.5℃以上の発熱が4日続いたり、その他感染の疑い（同居の家族を含む）があり、保健所等に連絡された場合は学校にもご連絡ください。

